様式第１号（第２条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

|  |
| --- |
| 養育医療給付申請書 |
| 本人 | ふりがな氏　名 |  | 男・女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |
| 住所地（住民票所在地） | 郵便番号 |
| 現在地（住所地と異なる場合） | 郵便番号 |
| 扶養義務者 | ふりがな氏　名 |  | 乳児との続柄 |  | 職業 |  |
| 個人番号 |  |
| 居住地 | 郵便番号 |
| 電話番号 |  |
| 被保険者等の記号及び番号 |  |
| 保険者等の名称 |  |
| 希望する指定養育医療機関の名称及び所在地(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能) |  |
| 備考 |  |
| 別紙関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付を申請します。また、町が保有する私の世帯に関する情報のうち、未熟児養育医療の給付の際に必要となる情報（住民基本台帳・課税台帳等）を調査することを承諾します。郵便番号　申請者　　住所申請者氏名本人との続柄電話番号年　　月　　日　長泉町長　　　　　　　　様　記載上の注意・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院している時は、その住所を記入してください。・「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。 |